

Respuesta a la carta de Faccini et al.

Jorge A. Cortés^{a,b,*} y Sonia I. Cuervo^{a,b,c}

Reply to Faccini et al.

Sr. Editor:

Agradecemos los aportes en relación con nuestra publicación¹. El objetivo del artículo «Enfoque clínico del síndrome febril agudo en Colombia»¹ fue el de considerar los posibles diagnósticos etiológicos que se enmarquen dentro de la definición de la duración de la fiebre en el tiempo, definiendo como aguda aquella que tiene una duración de hasta 7 días. Sin embargo, el cuadro de Chagas agudo incluye en su definición de caso probable «Fiebre continua o prolongada mayor de 7 días, acompañado o no de alguno de los siguientes síntomas. . .»². Este criterio ha sido utilizado en los estudios de brotes referenciados en Colombia^{3,4}. Por esta razón, no fue incluido como parte de la revisión. Sin embargo, como se anota, dada la creciente frecuencia de la presentación aguda del Chagas en adultos, sería importante incluirlo en el diagnóstico diferencial de pacientes con síndrome febril agudo no especificado prolongado (más de 7 días). Un resumen presentado en el XXV Congreso Colombiano de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, realizado en marzo de 2014 en Medellín, recopiló información de 56 pacientes en 8 brotes en Colombia entre los años 2008 y 2010, mostrando la creciente frecuencia de este tipo de eventos⁵. Estos hallazgos sugieren que los brotes de Chagas oral pueden ser una forma relativamente frecuente de presentación que se encuentra subestimada en nuestro medio, y cuyo diagnóstico debe considerarse en el paciente que persiste con fiebre más allá de 7 días, escapando el enfoque presentado en el artículo.

Por otro lado, aunque existe consenso en el uso de doxiciclina como tratamiento de primera línea en pacientes con rickettsiosis, no lo hay en relación a una posible segunda línea. La razón es que probablemente se requiere individua-

lizar el diagnóstico de la especie de *Rickettsia* para realizar una recomendación. La excelente revisión citada en la carta⁶ incluye varias opciones de segunda línea para el tratamiento de diferentes enfermedades producidas por *Rickettsia* que incluyen aminoglucósidos (josamicina), quinolonas, macrólidos (especialmente en niños) y cloranfenicol. El uso de fluoroquinolonas y claritromicina para el tratamiento de las fiebres manchadas es controvertido⁷. Además, Parola et al.⁸ ofrecen una aproximación de tratamientos según diferentes condiciones como el embarazo y los niños, y adicionalmente presenta las propuestas terapéuticas según los causantes de las fiebres manchadas.

Como se anota, en casos de *R. conorii* y *Orientia tsutsugamushi* hay reportes de fallos, sin embargo su frecuencia en el país no ha sido reportada⁹. Para el caso de *R. typhi*, sí reportada en el país¹⁰, se han reportado potenciales susceptibilidades *in vitro* a las quinolonas pefloxacin, ofloxacin y ciprofloxacina¹¹. Estamos de acuerdo en que dada la relativa alta frecuencia como etiología del síndrome febril agudo en el país, debe investigarse más al respecto de la epidemiología y alternativas de tratamiento.

Bibliografía

1. Cortés JA, Romero-Moreno LF, Aguirre-León CA, Pinzón-Lozano L, Cuervo SI. Enfoque clínico del síndrome febril agudo en Colombia. Infectio. 2016;20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.infect.2015.11.005>.
2. Instituto Nacional de Salud. Guía Protocolo para la vigilancia en Salud Pública de Chagas [consultado 22 Mar 2016]. Disponible en: <http://www.ins.gov.co>
3. Zambrano P, Cucunubá Z, Montilla M, Flórez C, Parra E, Cortés L, et al. Brotes de síndrome febril asociado a miocarditis aguda chagásica de posible transmisión oral en el departamento de Santander, diciembre de 2008 a mayo de 2009. Inf Quinc Epidemiol Nac. 2010;15:17-32.
4. Nicholls RS, Cucunubá ZM, Knudson A, Flórez AC, Montilla M, Puerta CJ, et al. Enfermedad de Chagas aguda en Colombia, una entidad poco sospechada. Informe de 10 casos presentados en el periodo 2002 a 2005. Biomedica. 2007;27 Suppl 1:S8-17.

a Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia
b Grupo de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia
c Grupo de Investigación en Enfermedades Infecciosas en Cáncer y Alteraciones Hematológicas, GREICAH, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jorgecortes@yahoo.com (J.A. Cortés).

Recibido: 25/08/2015; Aceptado: 25/01/2016

Cómo citar este artículo: Cortés JA, Cuervo SI. Respuesta a la carta de Faccini et al. Infectio. 2016.

5. Echevarría LE, Suárez EU, Zambrano CP, Cucunubá Z, Barraza MF. Enfermedad de Chagas de transmisión oral en Colombia: crónica de una epidemia. Descripción de 8 brotes 2008-2010. Resumen. XXV Congreso Colombiano de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, Medellín, 2014.
6. Botelho-Nevers E, Socolovschi C, Raoult D, Parola P. Treatment of *Rickettsia* spp. infections: A review. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2012;10:1425-37.
7. Quintero Vélez JC, Hidalgo M, Rodas González JD. Rickettsiosis: A deadly emerging and re-emerging disease in Colombia. *Universitas Scientiarum.* 2012;17:82-99.
8. Parola P, Paddock CD, Raoult D. Tick-borne rickettsioses around the world: Emerging diseases challenging old concepts. *Clin Microbiol Rev.* 2005;18:719-56.
9. Hidalgo M, Faccini-Martínez AA, Valbuena G. Rickettsiosis transmitidas por garrapatas en las Américas: avances clínicos y epidemiológicos, y retos en el diagnóstico. *Biomédica.* 2013;33 Supl. 1:S161-78.
10. Patiño Niño JA, Pérez Camacho PM, Aguirre Recalde JA, Faccini Martínez A, Montenegro Herrera CA, Hidalgo M. Caso probable de tifus murino con falla ventilatoria en una adolescente del área urbana de Cali, Colombia. *Infectio.* 2016;20:97-100.
11. García Acosta J, Aguilar García CR. Tifus murino o endémico. *Med Int Méx.* 2015;31:485-90.